

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR : NOM : Prénom : NOM de naissance : Date de naissance : __ / __ / ____ Adresse : Téléphone : Mail :	VOUS ETES : ☐ La personne concernée par le dossier médical ☐ L'ayant droit en cas de décès de la personne ☐ La personne ayant l'autorité parentale ☐ Le tuteur légal
Numéro de sécurité sociale du patient concerné :	

- **Si vous n'êtes pas la personne concernée par le dossier médical, vous désirez accéder aux informations issues du dossier médical de :**
- NOM : Prénom :
 - NOM de naissance :
 - Date de naissance : __ / __ / ____
- **Date de l'hospitalisation : __ / __ / ____**
- **Nom du chirurgien :**
- **Quels éléments du dossier souhaitez-vous :**
- ☐ Intégralité du dossier médical
 - ☐ Compte-rendu opératoire
 - ☐ Compte-rendu d'hospitalisation
 - ☐ Autres documents précisés ci-dessous :
.....
.....
.....
- **Quelles sont les modalités de communication du dossier médical choisies :**
- ☐ Envoi postal au demandeur en L.R.A.R
 - ☐ Envoi postal au Docteur NOM : Prénom :
 Adresse :

 - ☐ A consulter sur place à l'établissement (sur RDV uniquement).
Dans ce cas je souhaite être accompagné d'un médecin : ☐ Oui ☐ Non

 **Suite au verso**

Liste des pièces à joindre au présent document :

➤ **Dans tous les cas, vous devez rejoinde à votre demande :**

- La photocopie de la carte d'identité du demandeur
- Si le demandeur n'est pas le patient, un document attestant du lien de parenté avec celui-ci ou un jugement de tutelle

➤ **En fonction de votre situation, joignez également :**

- **Si vous êtes l'ayant droit d'une personne décédée**
 - Un acte de décès
 - Un courrier justifiant le motif de votre demande
- **Si vous êtes la personne ayant l'autorité parentale ou le tuteur légal :**
 - Joignez une AUTORISATION ECRITE du mineur ou du majeur protégé qui stipulera
 - Son accord
 - S'il désire la présence ou non d'un médecin lors de la communication des informations issues de son dossier médical

Le demandeur est informé

- Que les documents transmis seront des photocopies, l'établissement étant dépositaire des originaux.
- Du délai de transmission des éléments médicaux :
 - Si les informations médicales ont moins de 5 ans, le dossier vous sera communiqué dans les 8 jours.
 - Si les informations médicales sont antérieures à 5 ans, le dossier vous sera communiqué sous 2 mois.

Dans tous les cas, les éléments médicaux ne pourront vous être transmis dans les premières 48 heures suivant votre demande. Ce délai de réflexion est imposé par la loi et le professionnel de santé ne peut pas vous remettre votre dossier avant l'écoulement de ce dernier (*Article L. 1111-7 code de santé publique*).

Le

Signature du demandeur (obligatoire)

Le formulaire doit être retourné soit par :

- **voie postale**, complété, daté, signé à l'adresse suivante :

CLINIQUE HERBERT
19 chemin de Saint-Pôl
73100 Aix-les-Bains

- **mail**, complété, daté, signé à l'adresse suivante :
relations.usagers@clinique-herbert.fr